



## Muchas gracias por su interés en el Programa “Medicare Buy-In”

Este programa podrá ayudarlo a pagar sus gastos de Medicare.

- Para inscribirse sólo deberá completar ambas partes de la solicitud anexa. Si hay alguna parte que no entiende, déjela en blanco. Sin embargo, deberá completar la Sección 1 y firmar las Secciones 13 y 14, en el reverso.
- Todos los miembros de su grupo familiar que tengan Medicare, Parte A, podrán inscribirse para recibir asistencia en esta solicitud. Esto también tiene validez si actualmente usted no tiene Medicare, Parte B. En la Sección 1 asegúrese de marcar ✓ en la última columna para las personas que se están inscribiendo. Lea la página titulada Derechos y Responsabilidades ya que contiene información importante. Guárdela en sus archivos.
- Se le hará una entrevista ya sea telefónicamente o en persona en uno de los Centros de Registro del Programa. Usted puede autorizar a un amigo o miembro de la familia para que se le haga la entrevista en su nombre.
- Usted deberá suministrar documentos que demuestren prueba de sus ingresos y recursos (bienes). En el reverso de esta página encontrará una lista de documentos que podría necesitar para su presentación.
- Debemos tomar una decisión sobre su solicitud en el término de 45 días. Usted recibirá un aviso por correo informándole si es o no elegible.
- Si es elegible para que el Estado pague toda su prima de Medicare, Parte B, su cheque del Seguro Social se incrementará. Esto tomará, por los menos, entre 3 y 4 meses. Sin embargo, usted recibirá un cheque de reembolso por la cantidad total de primas que le debemos.

Si desea, también revisaremos su elegibilidad para la cobertura total de Medicaid. Su entrevistador le dará más información sobre el tema.

Si usted recibió esta solicitud por correo, podrá devolverla a vuelta de correo después de haberla completado. Envíela a:



## **Documentos necesarios para efectuar la solicitud**

Usted deberá presentar los documentos abajo indicados para completar su solicitud. Si tiene alguno de estos documentos o puede obtenerlos fácilmente, por favor preséntelos en el momento de su entrevista. Si se programa una entrevista telefónica en lugar de la entrevista en la oficina, su entrevistador hará los arreglos necesarios con usted para obtener los documentos.

Esto es lo que necesitará:

- ❖ Su tarjeta de Medicare u otra prueba que usted tiene Medicare
- ❖ Sus estados de cuenta bancarios *más recientes* de todas las cuentas bancarias
- ❖ Escrituras de propiedad (*de la propiedad que no es la casa donde usted está viviendo*)
- ❖ Pólizas de seguro de vida
- ❖ Documentos de fideicomiso funerario
- ❖ Prueba de ingresos
- ❖ Documentos de inmigración para los inmigrantes legales
- ❖ Tarjeta de identificación de otro seguro de salud, como Medicare suplementario

## **Qué debe hacer si no tiene todos estos documentos**

Si tiene estos documentos y puede llevarlos a su entrevista, su solicitud podrá ser procesada más rápidamente. Sin embargo, si no los tiene, le ayudaremos a obtenerlos.

**¡No demore en completar su solicitud!**



# SOLICITUD PARA MEDICARE BUY-IN (QMB, SLMB, QI)

Formulario del Estado 49921 (10-01) / FI 2033S

Para la oficina únicamente	
Fecha de la solicitud	Fecha de recibo de DFC
Centro de inscripción	Número del caso
Nombre del entrevistador	

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_, que es mi \_\_\_\_\_, a inscribirse para Medicare Buy-In en mi nombre. Entiendo que puede ser posible que se pongan en contacto directamente conmigo sobre determinada información que aparece en la solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

**1. Por favor proporcione información sobre los miembros de su grupo familiar. Coloque una ✓ en la última columna, si esa persona se está inscribiendo. Liste los solicitantes, sus cónyuges, sus hijos menores de 18 años y sus hijos entre 18 y 21 años que son estudiantes.**

Nombre (primer nombre, ISN, apellido)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Estado Civil	Raza	Sexo	Parentesco con usted	Ciudadano de U.S. ¿Sí, No, otro?	Se inscribe para solicitar beneficios ✓

**2. Por favor díganos cuál es su dirección y número telefónico.**

Dirección particular	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	Teléfono
Dirección postal, si es distinta a la de arriba	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	Otro número de contacto
Dirección del representante autorizado (si corresponde)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	Teléfono

**3. ¿Los solicitantes son residentes de Indiana?**       Sí       No

**4. ¿Alguno de los solicitantes tiene un tutor legal designado por la corte?**       Sí       No      Si responde Sí, ¿quién es?

**Preguntas 5 y 6: por favor suministre información sobre los miembros del grupo familiar que listó en la Pregunta #1, incluyendo los niños.**

**5. Coloque una ✓ al lado de las clases de ingresos abajo listadas que recibe usted y los miembros del grupo familiar.**

SSI	<input type="checkbox"/>	Desempleo	<input type="checkbox"/>	Efectivo de amigos, parientes, etc.	<input type="checkbox"/>
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	Sustento (pensión o sustento del niño)	<input type="checkbox"/>	Compensación para el trabajador	<input type="checkbox"/>
Beneficios para los Veteranos	<input type="checkbox"/>	Beneficios por enfermedad / pagos por incapacidad	<input type="checkbox"/>	Empleo	<input type="checkbox"/>
Jubilación de los Ferroviarios	<input type="checkbox"/>	Pago por huelga	<input type="checkbox"/>	Ingreso de bienes raíces (como alquiler o renta, pagos por contrato de tierras, pagos por el alquiler o renta de finca)	<input type="checkbox"/>
Pensión	<input type="checkbox"/>	Pagos por interés	<input type="checkbox"/>	Dividendos	<input type="checkbox"/>
Asignación militar	<input type="checkbox"/>	Beneficios por enfermedad del minero ( black lung)	<input type="checkbox"/>	Otro. Especificar:	<input type="checkbox"/>

6. ¿El ingreso del grupo familiar durante los últimos 3 meses ha sido igual que el actual? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si responde NO, explique brevemente las razones: \_\_\_\_\_

Las preguntas 7, 8 y 9 están relacionadas con los recursos (bienes). Por favor suministre información sobre los solicitantes y sus cónyuges. Incluya los recursos ganados individualmente y los obtenidos conjuntamente con otra persona.

7. ¿Alguna persona tiene seguro de vida?  Sí  No

8. ¿Alguna persona es propietaria de un automóvil u otro vehículo(s)?  Sí  No

9. Coloque una ✓ al lado de cada clase de recurso abajo indicado que posee cada uno.

Cuenta de ahorros		Bonos		Cooperativa de crédito		Certificados de depósito		Casa rodante	
Cuenta corriente		Fondos fiduciarios		Plan/fideicomiso funerario		Acciones		Camper	
Dinero en efectivo		Acciones		IRA / fondos de retiro		Keogh / plan 401		Bienes raíces	
Masa hereditaria en vida en propiedad		Derechos mineros		Ganado		Equipo para la hacienda		Otro	

10. Suministre información sobre la cobertura de Medicare del solicitante.

Nombre	Número de Medicare	Fecha en vigencia de la Parte A	Fecha en vigencia de la Parte B

11. ¿Algún solicitante tiene otro seguro de salud, como la póliza Suplementaria de Medicare?  Sí  No

12. ¿Algún solicitante paga sustento familiar para los niños que viven fuera del grupo familiar?  Sí  No

13. **Asignación médica.** Por este intermedio asigno al Estado de Indiana mis derechos al apoyo médico y pagos para la asistencia médica que poseo en mi nombre y el de otras personas en esta solicitud, cuyos derechos puedo asignar legalmente (**deberán firmar todos los adultos que se están inscribiendo**).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Por favor lea la declaración abajo indicada y firme su solicitud.

Certifico bajo multa por falso testimonio, que toda la información que he suministrado es completa y correcta a mi mejor saber y entender, y que he recibido el Aviso titulado “Derechos y Responsabilidades del Programa de Medicaid”.

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo, si firmó con una “X”: \_\_\_\_\_

(Guarde esta página)

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE MEDICAID

Por favor lea detalladamente esta información. Si hay algo que no comprende, pregúntele a su entrevistador.

1. La información que usted suministre será confidencial. (42 CFR 431.300, 470 IAC 1-2-7, 470 IAC 1-3-1, 470 IAC 6-1-1, 405 IAC 1-1-12.)
2. Le solicitaremos documentos que confirmen determinada información en su solicitud. Si usted no puede obtener los documentos necesarios podrá firmar un consentimiento para descargo de información y los obtendremos por usted.
3. La elegibilidad se considera sin tener en cuenta la raza, el color de piel, el credo, el sexo, la edad, la discapacidad, el origen nacional o las creencias políticas.
4. La Oficina para la Familia y los Niños le enviará un aviso indicándole si su solicitud fue aprobada o rechazada. Usted podrá solicitar una audiencia imparcial si está en desacuerdo con cualquier decisión sobre su elegibilidad o si su solicitud no fue procesada dentro de un período de 45 días.
5. Le preguntamos cuál es su descendencia étnico-racial para indicar cumplimiento con la Ley Federal de los Derechos Civiles. Sin embargo, no es un requisito que usted nos suministre dicha información.
6. Usted deberá suministrar la información precisa y completa en su solicitud. La persona que reciba asistencia habiendo dado información falsa o tergiversa la verdad está cometiendo un delito y podrá ser procesada de acuerdo con la ley. El valor de los beneficios recibidos por una persona que no tiene derecho a recibirlos deberá ser reembolsado al programa de Medicaid.
7. El estado inmigratorio de los inmigrantes legales podría ser verificado por el Servicio de Inmigración y Naturalización.
8. Usted debe suministrarnos su número de Seguro Social. Lo usaremos para revisar la información de otras agencias estatales y federales, como la Administración del Seguro Social (Sección 1137 de la Ley del Seguro Social).
9. Usted deberá entablar un reclamo por cualquier beneficio al que tenga derecho, como Seguro Social o beneficios por discapacidad.
10. Si se produjera un cambio de cualquier información que suministró en su solicitud deberá notificarlo a la Oficina para la Familia y los Niños dentro de un período de 10 días.
11. Usted debe asignar al Estado sus derechos al apoyo médico y pago de la asistencia médica. Esta asignación no es aplicable para los pagos de Medicare. Usted deberá cooperar para obtener el apoyo médico o los pagos de un tercero, como fue explicado en el reverso de este aviso.
12. El Estado tiene derecho a entablar un reclamo contra sus bienes después de su fallecimiento. Sin embargo, las cantidades pagadas para sus primas de Medicare no serán recuperadas. El reverso de este aviso tiene más información sobre la recuperación de los bienes.

(Guarde esta página)

## ¿QUÉ SIGNIFICA COOPERACIÓN CON EL APOYO MÉDICO?

A. Cooperación significa que nos informe sobre:

- La cobertura del seguro médico que usted tiene actualmente o que obtendrá en el futuro;
- Cualquier orden de la corte que suministre el pago de cualquier factura médica;
- Cualquier acción legal que usted tome o tomará contra un tercero por lesiones que usted contraiga en un accidente;

B. Cooperación también significa:

- Ayudar para obtener los pagos médicos que podrían estar disponibles para usted por orden de la corte o administrativa;
- Pagar a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales el dinero que usted reciba de cualquier tercero por servicios médicos que fueron pagados ( o van a ser pagados) por el programa de Medicaid.

## ¿QUÉ SIGNIFICA UNA CAUSA JUSTIFICADA POR NO COOPERAR?

Usted podría ser disculpado de los requisitos arriba indicados si puede demostrar que la cooperación podría causarle daño físico o emocional. Usted deberá informarle a su trabajador del caso si considera que tiene una causa justificada para no cooperar con el requisito del apoyo médico. Si usted dice tener una causa justificada, recibirá un aviso explicando las circunstancias de dicha causa y la clase de información que deberá suministrar para apoyar su reclamo. Usted podrá solicitar el aviso de causa justificada para ayudarlo a decidir si desea presentarla.

---

## OBSERVACIÓN SOBRE LA RECUPERACIÓN DE LOS BIENES

En el momento de su fallecimiento, el Estado podría presentar un reclamo contra sus bienes por la cantidad de servicios médicos pagados en su nombre después de la edad de 55 años. El Estado no coloca un gravamen de sus bienes ni se apropia de su casa mientras usted está con vida. **EXCEPCIÓN IMPORTANTE:** El Estado no recuperará la cantidad que pagó por sus primas de Medicare\*.

A continuación presentamos algunos casos en que el Estado no efectuará una recuperación de sus bienes. A saber:

- Si hay un cónyuge sobreviviente o niños dependientes.
- Si proseguir con la recuperación podría causar una dificultad inapropiada para los herederos.
- Si usted ha protegido sus bienes comprando y usando una póliza de atención médica a largo plazo de Indiana Partnership antes de recibir los beneficios de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre la recuperación de sus bienes, por favor converse con su trabajador del caso sobre el tema.

\*La excepción que el Estado no recuperará la cantidad pagada de las primas de Medicare es aplicable a las personas que fallecieron después del 30 de abril de 1999.